

Martin Lehmann-Waldau – Ihr Anwalt für Beziehungen
Moltkestr. 119
76185 Karlsruhe
info@anwaltsmediation-karlsruhe.de
www.anwaltsmediation-karlsruhe.de

Eingangsformular

Bitte geben Sie die folgenden Informationen und Antworten, soweit möglich.

Die Informationen bleiben vertraulich und werden an niemanden weitergegeben.

Alle Angaben sind freiwillig und dienen meiner Orientierung zu Ihrer bestmöglichen Beratung.

Bitte bringen Sie das Formular zur ersten Sitzung mit oder senden Sie es mir zu.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____ Alter: _____ gewünschte Anrede: _____

nie verheiratet Partnerschaft verheiratet getrennt geschieden verwitwet

Bitte nennen Sie alle Ihre Kinder /Alter: _____

Ihre Wohnadresse: _____

Telefon: (_____) Mobil: (_____)

Darf ich eine Nachricht hinterlassen? Ja Nein

E-mail: _____

Darf ich Ihnen eine Email schreiben? Ja Nein

*Bitte beachten Sie: Bei Email-Korrespondenz kann keine 100%ig sichere Datenübertragung gewährleistet werden.

Empfohlen von (falls anwendbar): _____

(Alle Angaben sind freiwillig und dienen lediglich meiner und auch Ihrer Orientierung!)

Haben Sie bereits psychologische oder psychiatrische Hilfe / Beratung in Anspruch genommen?

Nein

Ja, bei wem?: _____

Wie würden Sie Ihren derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

Schlecht Unbefriedigend Befriedigend Gut Sehr gut

Bitte benennen Sie die gesundheitlichen Probleme, die Sie gerade erleben:

Wie würden Sie Ihre Schlafgewohnheiten einschätzen?

Schlecht Unbefriedigend Befriedigend Gut Sehr gut

Bitte benennen Sie die Schlafprobleme, die Sie derzeit erleben:

Wie oft pro Woche treiben Sie Sport? _____

Welche Art von Sport unternehmen Sie? _____

Bitte benennen Sie Probleme, die Sie mit Appetit oder Essgewohnheiten erleben:

Erleben Sie derzeit überwältigende Traurigkeit, Trauer oder Depression?

Nein Ja

Wenn ja, wie lange? _____

Erleben Sie derzeit Angstzustände, Panikattacken oder Phobien?

Nein Ja

Falls ja, wann haben diese Erlebnisse begonnen? _____

Erleben Sie derzeit chronische Schmerzen?

Nein Ja

Falls ja, bitte beschreiben Sie: _____

Wie würden Sie Ihren Alkoholkonsum beschreiben?

Befinden Sie sich derzeit in einer Partnerschaft / Beziehung?

Nein

Manchmal

Ja

Nie

Falls ja, wie lange? _____

Auf einer Skala von 1 bis 10 (1 ist der unterste Wert), wie würden Sie Ihre Beziehung insgesamt einschätzen? _____

Wie würden Sie Ihre sexuelle Zufriedenheit einschätzen (Skala 1 bis 10 wie oben)?

Welche wichtigen Lebensveränderungen oder einschneidenden Erlebnisse haben Sie in der letzten Zeit erlebt? _____

Bitte beschreiben Sie mir die Aspekte Ihrer Identität, die für Sie wichtig sind (z.B. Ethnie, Herkunft – religiöse / spirituelle Identität – Behinderung – Geschlechtsidentität – sexuelle Orientierung / Identität – erotische Identität – Beziehungsorientierung)

Zusätzliche Informationen:

Sind Sie derzeit beschäftigt? Nein Ja

Falls ja, wie ist Ihre derzeitige Beschäftigungssituation?

Macht Ihnen die Arbeit Spaß? Gibt es etwas stressbeladenes in Ihrer Arbeit?

Halten Sie sich für spirituell oder religiös? Nein Ja

Falls ja, beschreiben Sie Ihren Glauben:

Was würden Sie gerne in der Beratung erreichen?
